Lane Medical Library

Über die
Bedeutung einer genauen Anamnese
in chirurgischen Fällen.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 13. März 1895

mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

August Hille

cand. med.

aus Osnabrück.

Opponenten:

Herr Dr. med. A. Bräuer.
Herr cand. med. P. Henseler.
Herr Drd. E. Wendorf.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1895.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0436

Seinem Bruder Karl

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Anamnestische Angaben der Patienten verlieren manchmal darum an Bedeutung, weil sie, absichtlich oder unabsichtlich entstellt, den Arzt irre führen können und bei der Untersuchung dann die Objectivität und Unbefangenheit fehlt, die nötig ist, um zu einem zuverlässigen Resultat zu kommen. Man sollte es sich darum zur Regel machen, die genauere Aufnahme der Anamnese der objectiven Untersuchung erst folgen zu lassen. So wäre man in vielen Fällen in der Lage, aus den objectiven Symptomen allein und durch sonst nichts beeinflusst eine bestimmte Diagnose zu stellen. Die Anamnese würde dann hauptsächlich die Richtigkeit bestätigen. Ist dies auch das, was der Arzt am meisten wünschen und erstreben mag, so wird er doch meistenteils, um zu einer bestimmten Diagnose zu kommen, der genauen Anamnese nicht entbehren können. Dies gilt, wie in den andern Disciplinen der praktischen Medicin, im gleichen Masse von der Chirurgie.

Auch hier kann natürlich nicht in jedem einzelnen Falle der Anamnese die gleiche Wichtigkeit beigemessen werden; vielmehr ist man oft ganz von derselben abhängig, während man zuweilen dieselbe ganz entbehren könnte. Denken wir nur an die

verschiedenen Geschwülste. Ein typisches Lipom oder Atherom aus dem blossen Befunde zu diagnosticieren, dürfte gewiss nicht schwer sein. Aber liegen die Verhältnisse nicht so klar, so werden Angaben über hereditäre Belastung, früher erworbene chronische Krankheiten, wie besonders Lues und Tuberculose, über Alter, Geschlecht, Lebensweise und Beschäftigung, über Anfang, Dauer und Verlauf, über Wachstumsgeschwindigkeit, Schmerzhaftigkeit und Einwirkung auf das Allgemeinbefinden doch unzweifelhaft mitentscheidend auf die Diagnose einwirken. — Ferner bietet es keine Schwierigkeiten, eine Gelenkentzündung zu constatieren, aber ob dieselbe durch ein Trauma, durch Tuberculose, Syphilis Gonorrhoe, Rheumatismus oder eine andere acute Infectionskrankheit bedingt ist, wird meistens durch die Anamnese mitentschieden werden müssen und nur so wird man die allein berechtigte, die aetiologische Therapie einleiten können.

In andern Fällen tritt allerdings die Bedeutung der Anamnese anscheinend vielmehr in den Hintergrund. Aber auch nur anscheinend. Ich erinnere mich aus der Zeit, wo ich in der Klinik des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Helferich als Coassistent thätig sein durfte, einer Anzahl extremer Fälle, in denen man leicht versucht gewesen wäre, die Aufnahme der Anamnese als etwas Übliches und Gutes, aber in diesen einzelnen Fällen doch durchaus Nebensächliches zu betrachten und bei denen sich später dann doch herausstellte, wie

wichtig auch die Berücksichtigung aller Einzelheiten war.

Hat man einmal eine Hernie diagnosticiert und erfahren, ob dieselbe angeboren oder erworben, schmerzhaft oder schmerzlos ist, so wird man meistens durch die Aussagen der Patienten nichts Wissenswertes mehr zu hören bekommen. Aber man muss sich erinnern, dass ausser dem gewöhnlichen Bruchinhalt in einzelnen Fällen auch Ovarien, Teile der Blase und sogar des Magens gefunden sind. In diesen Fällen kann gerade eine sorgsam aufgenommene Anamnese vor überraschenden Befunden schützen. So erinnere ich mich noch recht lebhaft folgenden Falles, der sich in der Greifswalder chirurgischen Klinik ereignete.

Patient ist der 70 Jahre alte Dr. O. Vor circa 20—21 Jahren bekam er nach einer grösseren körperlichen Anstrengung beim Holzabladen eine rechtsseitige Leistenhernie. Dieselbe war am Anfang etwas schmerzhaft, wurde indessen von Prof. Hueter und Voigt reponiert und durch ein Bruchband zurückgehalten. In den letzten Jahren trug Patient kein Bruchband. Ab und zu traten Schmerzen in der Hernie auf, die durch Bettruhe und warme Umschläge bekämpft wurden. Seit einem halben Jahre wurden die Beschwerden schlimmer, so dass sich Patient zu einer Radikaloperation entschlossen hat.

Status. Für sein Alter ausserordentlich kräftiger, wohl aussehender, muskulöser Mann. Die rechte

Scrotalhälfte erscheint gegenüber der linken cr. um das dreifache vergrössert. Der Tumor hat nach der Inspection einen Stiel, der nach der Bauchhöhle zugeht. Der Hoden lässt sich durch die Palpation von dem Tumor deutlich abgrenzen. Er erscheint von normaler Grösse und Consistenz. Die Palpation ergiebt dann weiter, dass der Tumor birnförmige Gestalt hat, mit einem Stiel nach der Bauchhöhle zu, eine gelappte Oberfläche und weiche Consistenz; eine besondere Oberflächenconfiguration lässt sich an dem Tumor nicht nachweisen. Bei der Percussion ist der Schall gedämpft. Die Reposition des Tumors ist nicht möglich. Die rechte Leistenbruchpforte erscheint durch die Hernie völlig ausgefüllt.

Operation in Aethernarkose.

Incision in der Längsrichtung über die Geschwulst cr. 4 cm. oberhalb und unterhalb des Poupartschen Bandes. Praeparatoriche Durchtrennung der Haut und Fascie. Es praesentiert sich nun zugleich der Tumor, welcher leicht von der Umgebung, vom Hoden und Samenstrang isoliert werden kann. Der Tumor ist ungefähr kleinfaust gross. Sein Stiel geht in den äussern Leistenring und ist birnförmig gestaltet. Nach dem äussern Eindruck handelt es sich um einen lipomatösen Bruchsack. Die Palpation lässt nicht erkennen, dass in demselben Bruchinhalt vorhanden ist. Er wird nunmehr vorsichtig mit der Scheere von Grund aus eröffnet und es zeigt sich nun, dass die Wand des Sackes von einer etwa 1 cm

dicken Fettschicht dargestellt wird. In der Bruchsackhöhle ist Inhalt nicht vorhanden. Die Serosafläche ist glatt und zeigt keine Erscheinungen wesentlicher chronischer Entzündung. Nach der Bauchhöhle besteht eine ganz feine Communication. Hiernach erscheint es als annehmbar, dass es sich um einen alten lipomatösen leeren Bruchsack handelt. Es wird nunmehr zu der Abtragung desselben in der gewöhnlichen Weise geschritten durch eine Catgutligatur und Naht. Bei der dann folgenden praeparatorischen Abtragung des [sehr voluminösen] Bruchsackes erscheint nun plötzlich an der Aussenseite des Bruchsackes ein in der allgemeinen Fettmasse bisher nicht deutlich erkennbarer und auch erst bei ganz genauem Zusehen vom Bruchsach abgrenzbarer, etwas über wallnusgrosser rundlicher Tumor, an dessen Oberfläche man Faserzüge sieht, die wie Muskulatur aussehen. Bei der Palpation zeigt der Tumor dicke und harte Wände und es entsteht der Verdacht, dass es sich um ein Harnblasendivertikel handelt, das durch die Bruchpforte herausgetreten ist. Es wird daher sogleich die Naht und Ligatur am Bruchsackhals gelöst. Der nach aussen von diesem Bruchsackhals palpierende Finger befindet sich extraperitoneal. Es lässt sich aber auf diese Weise kein Zusammenhang mit der Harnblase nachweisen. Es wird nunmehr ein Katheter in die Harnblase eingeführt; indessen lässt sich auch so nicht ein Zusammenhang des Divertikel mit der Harnblase sicher nachweisen.

Es wird nunmehr durch den Katheter die Harnblase mit Borsäure gefüllt, in der Hoffnung, dass sich damit auch das Divertikel füllt. Aber auch dieses ist nicht der Fall. Nachdem darauf das Divertikel vorsichtig bis zum Bruchring abpräpariert ist, wird derselbe Versuch noch einmal wiederholt. Hierbei verschwindet das Divertikel plötzlich in der Bauchhöhle. Es wird nunmehr der Bruchsackhals mit einer Catgutligatur nochmals umnäht, der Bruchsack abgetragen und die Bruchpforte mit Silberdraht und zwei Catgutligaturen vernäht. Jodoformgazetamponade. — Beim Abfliessen des letzten Spülwassers aus der Harnblase war etwas Blut mitgekommen. Um die Harnblase in Bezug auf Urinentleerung völlig zu schonen, wird ein Verweilkatheter eingelegt. Im Laufe des Tages wird die Blase noch einmal mit Borsäure ausgespült und es entleert sich ganz schwach blutiger Urin.

Die nachträglich vervollständigte Anamnese ergab noch Folgendes. Wurde der Urin längere Zeit zurückgehalten, nahm die Hernie an Umfang etwas zu. Beim Urinieren wurden Schmerzen empfunden, die nach der Hernie ausstrahlten und die durch Druck auf die Hernie vermindert werden konnten.

Hieraus hätte man mit ziemlicher Sicherheit schliessen können, dass sich im Brucksack auch ein Teil der Harnblase eingestülpt habe und man wäre bei der Operation auf den vorliegenden Befund vorbereitet gewesen. Nur das geübte Auge des Operateurs

erkannte in dem Tumor, der in der allgemeinen Fettmasse nur undeutlich erkennbar war, sofort die Harnblase und vermied so ein Unglück, das nur allzu leicht hätte angerichtet werden können, aber bei genauer Anamnese nicht so leicht zu befürchten gewesen wäre.

Auch auf dem grossen, wichtigen Gebiet der Luxationen und Fracturen scheint der Anamnese nur geringe Bedeutung zuzukommen. Die Angaben der Patienten, sie hätten etwas krachen hören oder der sogenannte Bruchschmerz können kaum je von Einfluss sein. Eine genaue Erzählung des Unfalles, die aber nur sehr selten zu bekommen ist, mag oft für typische Fälle die Diagnose erleichtern. Im allgemeinen ist aber doch der Arzt auf eine genaue Untersuchung angewiesen und fast immer wird das Ergebnis derselben allein für ihn entscheidend sein müssen. Aber trotzdem wäre es durchaus falsch, wollte man darum auf genaue anamnestische Angaben verzichten. Abgesehen davon, dass es oft von Bedeutung ist, zu erfahren, dass schon andere Knochenkrankheiten, wie Lues oder ein abgelaufener osteomyelitischer Process für die etwa vorliegende Fractur ein praedisponierendes Moment lieferten, möchte ich auch davor warnen, in den Fällen, wo man glaubt durch objective Untersuchung ein ganz sicheres Resultat gewonnen zu haben, ganz von einer Anamnese abzusehen oder ihr auch nur eine nebensächliche Rolle beizumessen. Nur dann können solche unangenehme Überraschungen

vermieden werden, wie sie gewiss häufiger vorkommen und wie mir ein krasser Fall aus der Münchener Poliklinik mitgetheilt wurde. Eine Frau kommt wegen einer Verletzung am Arm. Man entdeckt auf den ersten Blick eine typische Humerusluxation, die man in Narkose zu reponieren versucht. Aber alle Versuche blieben erfolglos. Das Ergebnis war nicht wunderbar; denn als die Frau erwacht, giebt sie an, dass diese Luxation schon seit 10 Jahren bestehe und dass sie auch nicht deshalb gekommen sei, sondern weil sie sich eine frische Veletzung am Ellenbogen zugezogen habe, die man, weil unbeträchtlich, ganz übersehen hatte.

So kamen auch in letzter Zeit in der Greifswalder chirurgischen Klinik mehrere Fälle zur Beobachtung, die nach genauer Aufnahme der Anamnese ein ganz anderes Resultat ergaben, als man anfänglich anzunehmen berechtigt zu sein glauben konnte.

I.

Arbeiter G. D., 38 Jahre alt, aus Schuenhagen, wurde am 3. I. 95 wegen einer Rippenfractur und ulcera cruris in die hies. Greifswalder königl. Universitätsklinik aufgenommen. Bei der Untersuchung ergab sich ein interessanter Nebenbefund am rechten Ellenbogengelenk.

Anamnestisch giebt Patient an, dass er sich im Jahre 1872 das rechte Ellenbogengelenk verrenkt habe; auf welcher Weise ist ihm nicht erinnerlich.

Der sofort consultierte Arzt habe den Arm wieder eingerenkt und bei rechtwinkliger Stellung einen Schienenverband angelegt. Als dieser nach mehreren Wochen abgenommen, sei die Verrenkung bei den ersten Bewegungen, die naturgemäss in Streckversuchen bestanden, spontan wieder eingetreten. Ein neuer Verband, der vermöge einer federnden Schiene den Knochen in seiner normalen Lage erhalten sollte, sei ihm, weil derselbe die Bewegungen und damit die Gebrauchsfähigkeit sehr eingeschränkt habe, zu lästig geworden und darum bald wieder entfernt worden. Dann habe er die Sache sich selbst überlassen. Die Muskulatur habe sich wieder gekräftigt und die Gebrauchsfähigkeit sich allmählich so gebessert, dass er mit beiden Armen wieder habe gleichmässig arbeiten können. Auf Befragen, ob vielleicht auch im Gelenk etwas gebrochen gewesen sei, giebt Patient verneinende Antwort.

Status. Bei Inspection des rechten Armes in grösstmöglicher Streckstellung fällt vor allem ein deutlicher Cubitus valgus auf, der einen nach aussen offenen Winkel von etwa 160° bildet, bei Beugung allmählich abnimmt und in rechtwinkliger Stellung verschwunden ist. Die active Flexion ist um ca. 15°, die Extension um 10°, die Supination nur unbedeutend behindert, die Pronation ist normal. Die Muskulatur beider Arme ist gleichmässig entwickelt, ebenso ist die Kraftentwickelung rechts wenigstens ebenso stark wie links. Bei der Palpation findet sich an der

normalen Stelle für das Radiusköpfchen eine Lücke, dasselbe fehlt hier und ist an der Vorderseite des Humerus in der Mitte der Ellenbeuge deutlich durchzufühlen. Bei Flexions- und Extensionsbewegungen gleitet er etwas ab und auf, bis er am Humerus einen Widerstand findet, der auch die passive Bewegung nicht über das Mass der activen gestattet. Bei Pronations- und Supinationsbewegungen, bei denen man zugleich ein leichtes Reiben fühlt, bleibt es an derselben Stelle. Forcierte Bewegungen sind schmerzhaft und ohne grössere Ergiebigkeit. — Der Condyl. externus und das Olceranum zeigen normale Verhältnisse, der Condyl. internus steht ca. 1 cm tiefer als der externus und ist etwas mehr prominent, als am linken Arm. Die normale Excavation am unteren Humerusende, unmittelbar über dem Condyl. int. scheint im Vergleich mit dem andern Arm etwas abgeflacht. Deutliche Callusbildung ist nicht nachzuweisen. An den Unterarmknochen sind völlig normale Umrisse palpierbar, an keiner Stelle ist Callusbildung nachzuweisen und beide Knochen sind gegeneinander gut verschiebbar.

Masse:

Muskulatur des rechten Oberarmes	27 cm.
„ „ linken Oberarmes	27 cm.
Muskulatur des rechten Unterarmes . . .	24 cm.
„ „ linken Unterarmes. . . .	25 cm.
Akromion-Condyl. externus rechts	33 cm.
„ „ „ links	

Oleranon-Process. styloid. ulnae rechts . . } 27 cm.
„ „ „ „ links . . }
Capitul. Radii - Process. styl. Rad. rechts . } 26 cm.
„ „ „ „ „ links . }
Condyl. int. Proc. styl. Radii rechts . . . 28 cm.
„ „ „ „ „ links . . . 29½ cm.

Fragen wir nun, um welche Verletzung handelt es sich bei unserm Patienten. Unzweifelhaft ist eine Luxation der Radius nach vorn vorhanden. Aber damit scheinen mir alle Verhältnisse noch nicht genügend erklärt zu sein. Zunächst ist nicht recht verständlich, warum nach leichter Reposition und wochenlanger Schonung des Armes in einer durch Schienenverband fixierten Stellung die Luxation immer wieder spontan eintrat, sobald der Arm bewegt wurde. Ferner scheint mir der Cubitus valgus in dieser Stärke auch nicht allein durch die Luxation bedingt zu sein. Es kommt ja vor und ist erklärlich, dass bei Luxationen des Radius sich ein Cubitus valgus entwickelt, da bei normalen Verhältnissen die Ulna an Seitwärtsbewegungen durch den benachbarten Radius behindert ist, während nach der Luxation dieser Widerstand ja fortfällt und das Gelenk freier wird. Es ist auch nachgewiesen, dass eine gewaltsame Abduction des Unterarmes die häufigste Ursache für eine Radiusluxation ist. Etwas Notwendiges ist aber die Valgusstellung bei Radiusluxationen nicht und in dieser ausgesprochenen Form sicher abnorm. Möglich wäre es allerdings, dass durch die lange

Dauer der bestehenden Verhältnisse sich die Valgusstellung mehr und mehr durch Muskelzug vergrössert hätte. Dies wird aber von dem Patienten geleugnet und erscheint auch schon aus dem Grunde nicht wahrscheinlich, weil bei möglichster Extension die Muskulatur an der Radialisseite kaum so stark gespannt ist, wie am gesunden Arm. Einen einleuchtenderen und alle Verhältnisse besser erklärenden Grund suche ich trotz der teilweise entgegenstehenden Aussagen des Patienten darin, dass zugleich mit der Luxation eine Fractur am unteren Humerusende vorgelegen hat, die den Condyl. intern. und die trochlea vom Humerus trennte. Verschiebt sich bei solchen Schrägbrüchen, wie es nicht ganz selten ist, das abgesprengte Stück nach unten, so kann unter Umständen, nämlich dann, wenn der laterale Teil tiefer tritt als der mediane, eine solche Verschiebung der Gelenkaxe der Humeroulnargelenkes eintreten, dass ein Cubitus vulgus die notwendige Folge sein muss. Anzunehmen, dass dies in unserm Fall eingetreten ist, berechtigt der Befund, nämlich Tiefstand des Condylus und die geringere Concavität des Humerus unmittelbar über dem Condylus. Das Fehlen auffälliger Callusmassen dürfte durch eine über 20jährige Resorption genügend begründet sein. Dass des Cubitus valgus ausserdem in einer Veränderung des Gelenkes selbst seinen Grund hat und nicht etwa in einer alten Fractur der Ulna, die allerdings sehr häufig mit einer Radiusluxation compliciert ist, oder

in einer Fractur des unteren Humerusendes über dem Gelenk, geht daraus hervor, dass bei Beugung des Armes die fehlerhafte Stellung verschwindet. Mit dieser Veränderung der Humero-ulnargelenks ist auch die spontan sich wiederholende Radiusluxation aufs beste zu erklären. Der Arm war ursprünglich nach der Reposition in Flexionsstellung, in der die Valgusstellung nicht vorhanden ist, fixiert. Wurde nun der Arm gewaltsam gestreckt und damit die Valgusstellung erzeugt, blieb für das Capitulum Radii an seiner normalen Stelle kein Raum und es musste, wie es geschehen ist, auf dem praeformierten Wege auszuweichen suchen. Daher ist es auch erklärlich, dass ein Verband, der den Radius in seiner normalen Lage fixieren sollte, die Extensionsfähigkeit des Armes beschränkte und beim Arbeiten auf die Dauer nicht vertragen werden konnte.

So dürfte es gelungen sein durch Berücksichtigung aller Punkte, der geringsten Formveränderungen und aller Functionsstörungen, constatiert durch sorgfältigen Vergleich mit der gesunden Seite, und besonders gestützt auf eine genaue Anamnese eine complicierte Verletzung der Ellenbogengelenks diagnosticiert zu haben, die schon seit über 20 Jahren bestand. Bei etwas oberflächlicherer Betrachtung wäre man leicht versucht gewesen eine einfache Radiusluxation nach vorn anzunehmen, weil alle auffälligen Erscheinungen sich damit genügend erklären. Aber gerade die anamnestischen Angaben, dass die Luxation leicht

reponiert, aber nach Abnahme des Verbandes nach mehreren Wochen in Streckstellung spontan wieder eingetreten sei und durch einen neuen, den Radius fixierenden Verband die Beweglichkeit behindert gewesen, wiesen darauf hin, dass man auch noch andere Veränderungen anzunehmen habe, was dann die genauere Untersuchung auch bestätigte.

II.

Trotzdem bei dem eben beschriebenen Fall die Anamnese wichtige Anhaltspunkte gab, die Schmerzlosigkeit und das Fehlen von Schwellung eine genaue Untersuchung erleichterte, war es schon nicht ganz leicht, zu einer ganz bestimmten Diagnose zu kommen. Fehlen diese günstigen Vorbedingungen, ist das Gelenk schmerzhaft und geschwollen und führt gar noch die Anamnese auf eine falsche Fährte, so häufen sich die Schwierigkeiten so, dass es beinahe zur Unmöglichkeit werden kann, sich über die genaueren Verhältnisse ganz klar zu werden.

Unser eben näher beschriebenee Patient hatte sich im Laufe der vielen Jahre so an seinen Zustand gewöhnt, dass er ihn fast vergessen hatte. Der kranke Arm war zu den groben Arbeiten, die er in seinem Leben nur zu verrichten gehabt hatte, ebenso so brauchbar geworden wie der gesunde, er war ebenso kräftig und verursachte unter gewöhnlichen Umständen keine Schmerzen. Die fehlerhafte Stellung war ihm bis jetzt nicht einmal besonders

aufgefallen. So ist es erklärlich, dass Leute an ähnlichen Affectionen leiden, ohne dass sie selbst eine Ahnung davon haben, zumal wenn sie sich die Verletzung in ihrer Kindheit zugezogen haben und nennenswerte Störungen nicht zurückgeblieben sind. Ziehen sich solche Leute dann einmal an dem schon veränderten Gelenk eine neue Verletzung zu, so ist es nur zu natürlich, dass die Anamnese recht mangelhaft ausfällt und selbst unrichtige Thatsachen angiebt, da die Patienten erklärlicher Weise alle Veränderungen auf die letzte Verletzung zurückführen und dem Arzt, was die Stellung der Diagnose und die einzuschlagende Therapie anbetrifft, die grössten Schwierigkeiten bereiten. Ein solcher Fall ereignete sich am 10. I. 95 in der Greifswalder chirurgischen Poliklinik.

Frau K., 50 Jahre alt, aus Greifswald, giebt an, vor 4 Tagen bei einem Fall auf den Rücken mit dem rechten Ellenbogengelenk, das bis dahin ganz normal gewesen, heftig aufgeschlagen zu sein. Das Gelenk sei bald darauf stark angeschwollen und der Arm, der in Flexions- und Pronationsstellung gestanden, habe bei allen Bewegungen, die aber nur in sehr geringem Grade möglich gewesen wären, heftige Schmerzen verursacht. Die Schwellung sei einigermassen zurückgegangen, die anderen Verhältnisse aber so geblieben.

Der Arm steht in reichlich halber Beugestellung, das Gelenk ist noch bedeutend geschwollen. Jede

Bewegung ist behindert und schmerzhaft. Wegen der noch immer hochgradigen Schwellung ist der Condylus internus nicht deutlich palpierbar, das Radiusköpfchen scheint an der normalen Stelle zu fehlen. Crepitation und abnorme Beweglichkeit sind nicht nachzuweisen. Eine genaue Diagnose zu stellen, ist so unmöglich.

Bei der nun folgenden Untersuchung in Narkose zeigt sich, dass die Extension um 20° behindert, die Flexion nur bis zum rechten Winkel möglich, die Pronation normal und die Supination nur unbedeutend behindert ist. Varus- oder Valgusstellung sind nicht vorhanden. Die Palpation des Gelenkes ist wegen der bedeutenden Schwellung sehr erschwert, ergiebt aber schliesslich doch folgende ziemlich sichere Resultate. Das Radiusköpfchen fehlt an seiner normalen Stelle, woselbst eine Lücke zu fühlen, gleitet bei Beuge und Streckbewegungen etwas auf und ab und stemmt sich bei rechtwinkliger Beugung gegen den Humerus an. Bei Pro- und Supinationsbewegungen fühlt man an der Stelle, wo das Radiusköpfchen dem Humerus aufliegt, deutliches Reiben. Der Condylus internus erscheint verdickt und steht etwa fingerbreit tiefer als der externus. Zwischen Olecranon und Condylus externus findet sich eine knochenharte abnorme Prominenz. Die Unterarmknochen zeigen normale Verhältnisse und sind gegen einander gut verschieblich. Alle Versuche, die Luxation zu reponieren, bleiben erfolglos.

Masse:

Muskulatur des rechten Oberarms: 21½ cm.
„ „ linken „ 23 cm.
Muskulatur des rechten Unterarms: 19½ cm.
„ „ linken „ 21 cm.
Akromion Condyl. ext. rechts: 32 cm.
„ „ „ links: 32 cm.
Olecranon-Processus styloid. ulnae rechts: 25 cm.
„ „ „ „ links: 25 cm.
Capitulum radii Proc. styl. Radii rechts: 24 cm.
„ „ „ „ „ links: 24 cm.
Cond. int. Proc. styl. Radii rechts: 25 cm.
„ „ „ „ „ links: 23½ cm.

Auf Grund dieser Untersuchung kam man zu der Ueberzeugung, dass es sich um eine frische Verletzung allein hier nicht handeln könne. Der atrophische Zustand der Muskulatur des rechten Armes im Vergleich zum linken konnte nicht in wenigen Tagen sich entwickelt haben, deutete vielmehr darauf hin, dass der rechte Arm weniger gebraucht war, wie der linke. Der verdickte und dislocierte Condylus, die Callusbildung zwischen Olecranon und Condylus liessen darauf schliessen, dass es sich hier um eine Fractur handeln müsse, ganz ähnlich der im vorigen Falle beschriebenen, jedoch mit dem Unterschiede, dass eine Verschiebung der Gelenkaxe nicht eingetreten, sondern so, dass die Trochlea sich in toto nach unten, vielleicht auch nach der Seite verschoben hatte. Das Fehlen von

Crepitation und die ganz feste Consolidation liessen es ziemlich sicher erscheinen, dass diese Fractur nicht erst vor wenigen Tagen zustande gekommen war. Auch die Radiusluxation machte nicht den Eindruck einer frischen. Wenn man auch zugeben muss, dass selbst in frischen Fällen die Reposition wegen der leicht und häufig eintretenden Interposition von Kapsel und Gelenkbändern oft nicht leicht ist, so dürfte er doch zu Ausnahmen gezählt werden, dass alle Repositionsversuche, in Narkose und unter genügender Assistenz kunstgerecht vorgenommen, ohne Erfolg blieben. Aber zugegeben, dass die Fractur eine alte war, lässt sich auch annehmen, dass die Luxation nicht mehr frisch war. Die Dislocation des Humeroluargelenkes musste mit grösster Wahrscheinlichkeit auch das Humero-radialgelenk in Mitleidenschaft gezogen haben und die Erfahrung lehrt, dass in solchen Fällen die Luxation das Gewöhnliche ist. Das Reiben an der Stelle, wo das Radiusköpfchen dem Humerus aufliegt, glaubte man am besten dahin deuten zu können, dass sich hier eine neue Gelenkpfanne gebildet habe.

So stellte man denn die Diagnose auf alte Gelenkfraktur und Radiusluxation mit frischer Contusion. Unerklärlich blieb aber hierbei die Angabe der Patientin, dass der Arm früher ganz normal gewesen. Als man sie daher aufs neue fragte, ob sie sich denn gar nicht erinnere, schon früher einmal das Gelenk verletzt zu haben, giebt sie auch zu,

von ihrer Mutter wohl gehört zu haben, dass sie sich einmal in frühester Jugend den Arm verstaucht habe und dass er der Mutter auch später noch so vorgekommen, als ob der rechte Ellenbogen dem linken nicht ganz gleiche. Ihr selbst sei es aber nicht besonders aufgefallen und habe den rechten Arm ebenso gebrauchen können, wie den linken.

Diese anscheinend so unbedeutenden Angaben bestätigten die Diagnose. Wie der vorige Fall bewiesen, brauchen auch deform geheilte Gelenkfracturen keine bedeutenden Functionsstörungen zu hinterlassen. Es ist aber erklärlich, dass, wenn solche Gelenke ein neues Trauma erleiden, die Folgen viel schwerwiegender und auffälliger sind, als wenn es ein bis dahin gesundes getroffen hätte, da z. B. der in den Weichteilen liegende Radius viel leichter innere Zerreissungen verursachen kann, als an reiner normaler Stelle. Hätte die Patientin schon vor der Untersuchung ihre späteren Aussagen gemacht, wäre man gewiss leichter zur richtigen Diagnose gekommen und würde auch kaum die Anstrengungen gemacht haben, die Luxation zu reponieren. Auf Grund der nunmehr gesicherten Diagnose beschränkte sich die Therapie auf Massage, active und passive Bewegungsübungen, die denn auch in der That schon nach wenig Wochen fast dieselbe Gebrauchsfähigkeit, wie vor dem Unfall, wieder herstellte.

III.

Welche Schwierigkeiten für die Diagnose eine mangelhafte Anamnese machen und welche Folgen das haben kann, zeigt ferner ein Fall, der sich fast gleichzeitig in der Greifswalder chirurgischen Klinik ereignete.

Knecht C. B. 27 Jahre alt, aus Prenzlau wird am 9. I. 95 wegen einer frischen Verrenkung des Ellenbogengelenkes in die Greifswalder Klinik geschickt. Er giebt auf Befragen an, früher niemals krank gewesen zu sein. Am 7. I. also vor 2 Tagen sei er gestürzt und auf den rechten Ellenbogen heftig aufgefallen, der schnell sehr stark angeschwollen sei und so heftig geschmerzt habe, dass er den Arm garnicht habe bewegen können.

Status. Das Gelenk ist noch stark geschwollen. Der Arm steht in fast rechtswinkliger Beuge und mässiger Pronationsstellung. Passive Flexion ist bis zu 90° Extensin bis 120° möglich. Condylus externus, internus und Olecranon liegen in einer Linie, doch fühlt man am Olecranon eine beträchtliche Auftreibung und kleine crepitierende Teile, als wenn etwas abgesprengt wäre. Der Radius ist nach vorn subluxiert und crepitiert bei Bewegungen. Die ganze vordere Gelenkgrube ist mit Knochenmasse ausgefüllt, die sich bei Bewegungen des Unterarms mitbewegt. Der Humerus zeigt keine Abnormitäten.

Masse:

Rechter Arm: Acromion. Condyl. extern.: 33 cm.
Linker „ „ „ „ 33 „
Umfang des rechten Oberarms: 22 cm.
„ „ linken „ 24 „
Capitulum radii — Processus styloid. rechts: 25 cm.
„ „ „ „ links: 25 „
Olecranon — Processus styloideus rechts: 29 cm.
„ „ „ links: 27½ cm
Verdickter Process. coronoid. Proc. styloid. r.: 26 cm.
„ „ „ „ „ l.: 24 „

Dieser Befund, in Narkose aufgenommen. konnte mit der Anamnese, wonach man allein eine frische Verletzung annehmen durfte, nicht in Einklang gebracht werden. Dass eine solche auch vorlag und dass durch sie die Absprengung kleiner Teile vom Olecranon, die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes bedingt war, lag auf der Hand. Auffällig und unerklärlich blieb aber der Umstand, dass die ganze vordere Gelenkgrube mit Knochenmasse ausgefüllt war und die hierdurch hauptsächlich bedingte verminderte Beweglichkeit. Man hätte an eine zugleich eingetretene complicierte Fractur des oberen Ulnaendes denken können, aber das Fehlen von Crepitation und abnormer Beweglichkeit und die feste Verbindung der abnormen Knochenmasse, anscheinend mit der Ulna sprachen mit ziemlicher Gewissheit dafür, dass dies keine frische Fractur sein könne. Hatten aber vor der letzten Verletzung diese

Verhältnisse schon bestanden, so war es unerklärlich, dass der Patient davon nichts erwähnt hatte, da bedeutende Functionsstörungen sicher dadurch bedingt waren, zumal da sich annehmen liess, dass auch die Radiussubluxation auf dieselbe Ursache zurückzuführen sei.

Darum aufs neue befragt, giebt Patient nunmehr zu, schon in seinem 8. Lebensjahre auf einer Brücke gefallen und dabei mit dem fast gestreckten Arm in ein Loch derselben geraten und beim Vornüberfallen denselben verrenkt oder gebrochen zu haben. Eine sogenannte kluge Frau, bei der er Hülfe gesucht, habe einige kräftige Extensionsversuche gemacht, dann aber den Arm sich selbst überlassen. Die Folge wäre gewesen, dass der Arm in rechtwinkliger Stellung fast unbeweglich geblieben.

Auf Anfrage bei dem zuerst consultierten Arzt lief folgende Antwort ein: „Erst nach der Abreise des Knechtes, den ich Ihnen neulich wegen der Armverrenkung nach Greifswald schickte, erfuhr ich durch die Mutter desselben, dass ihr Sohn schon im 8. Lebensjahre eine Verrenkung dieses Armes gehabt habe, welche damals durch eine alte Frau reponiert sein soll und doch jedenfalls nicht ist. Es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass er sich jetzt kürzlich überhaupt nur eine Contusion zugezogen hat. Schon mir und dem zugezogenen Collegen fiel es auf, dass das Gelenk so durchaus unbeweglich war und wir sagten uns beide, dass die Verrenkung den Eindruck

einer alten mache. Da aber der Knecht uns gegenüber behauptete, dass er sich die Verrenkung erst am Tage vorher zugezogen, mussten wir ihm Glauben schenken und danach handeln."

Ob nun böse Absicht den Patienten veranlasst hat, die alte Verletzung zu verheimlichen, oder mangelnde Intelligenz oder sonst etwas, braucht nicht weiter erörtert zu werden und ist für unsere Zwecke ohne Bedeutung. Durch die später vervollständigte Anamnese ist aber erwiesen, dass zwei Ärzte sich in ihrer Diagnose irre führen liessen, und auf Grund derselben war es auch jetzt erst möglich, mit positiver Sicherheit die richtige Diagnose zu stellen. Darnach lag zur Zeit nur eine einfache Contusion vor. Alle andern Veränderungen musste man auf die erste Verletzung zurückführen, die wahrscheinlich in einer mit Dislocation und beträchtlicher Callusbildung geheilten Fractur des Processus condyloideus und gleichzeitiger Radiusluxation bestanden hatte.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Helferich für die Überweisung dieses Themas, sowie für die gütige Durchsicht meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

August Gerhard Hille, evang. Confession, geboren am 17. Januar 1868 zu Osnabrück, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Georg Hille und seiner Ehefrau Lisette, geb. Hillebrand, besuchte von Ostern 1874 bis Ostern 1877 die Bürgerschule zu Osnabrück, von da an das dortige Ratsgymnasium, das er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von Ostern 1889 bis Ostern 1891 studierte er auf der Universität Marburg Theologie, von Ostern 1891 ebendaselbst Medicin und von Michaelis 1891 auf der Universität Greifswald. Hier bestand er am 3. März 1893 das tentamen physicum und am 12. März das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten.

In Marburg:

Gasser. Goebel. Melde. Strahl. Zincke.

In Greifswald:

Ballowitz. Grawitz. Helferich. Heidenhain. Hoffmann. Krabler. Landois. Limpricht. Löffler. Mosler. Overbeck. Peiper. Pernice. Schirmer. Schulz. Sommer.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus, im besonderen Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Helferich, Geh. Rat Prof. Dr. Mosler und Geh. Rat Prof. Dr. Pernice, an deren Kliniken er als Volontärarzt thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Die Infusion physiologischer Kochsalzlösung ist der Transfusion des Blutes vorzuziehen.

II.

Bei Nabelschnurvorfall bei Schädellage ist die Wendung das rationellste Verfahren.

III.

Die Margarine entspricht als Surrogat für Butter allen hygienischen Ansprüchen und sollte deshalb deren Verwendbarkeit und Verbesserung vom Staat kein Hindernis bereitet werden.